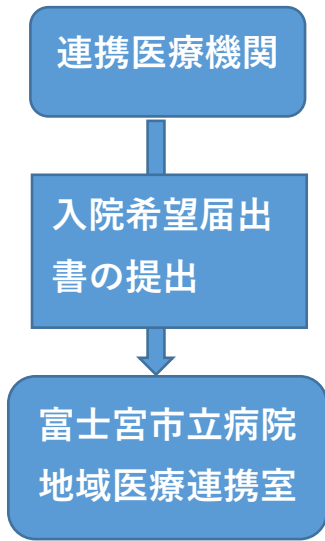


在宅療養後方支援病院運用フロー

①登録



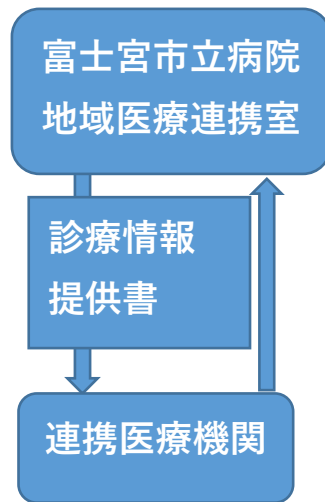
※「在宅療養後方支援病院への入院希望届出書」を郵送又はFAXによる提出をお願いします。

※初診の方は、診療情報提供書を添付してください。

※当院診察券番号がない方は、保険証のコピーも添付してください。

FAX 0544-27-3192
(富士宮市立病院地域医療連携室 病診)

②3ヵ月ごとの診療情報交換

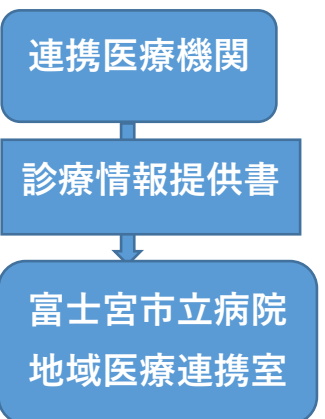


※当院より3ヵ月ごとに、「在宅療養後方支援病院 診療情報提供書」を送付いたします。

記載後は、郵送又はFAXにて返送願います。

FAX 0544-27-3192
(富士宮市立病院地域医療連携室 病診)

③診察の御依頼



○緊急時は、平日・夜間等に限らず、医師間で受診する旨連絡後、診療情報提供書のFAXをお願いします。

(平日8:30~17:00) 地域医療連携室対応
FAX 0544-27-3192 (地域医療連携室)

(夜間 17:00~8:30 土日、祝日、夜間) 医事課対応
FAX 0544-28-0839 (医事課)